UNIVERSITÉ PARIS XIII

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY

N° 1

ANNÉE 1976

N°.....

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jacques FAYOL
né le 23 Février 1948 à Commentry

---

présentée et soutenue publiquement le 1976

REFLEXIONS SUR LE FICHIER DU PRATICIEN

OBJETS : ÉTUDE DE QUELQUES FICHIERS ET PROPOSITION D'UN MODÈLE

Directeur de Thèse : Docteur Ph. JACOT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548109_0019

UNIVERSITÉ PARIS XIII

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY

ANNÉE 1975 N°.....

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jacques FAYOL
né le 23 Février 1948 à Commentry

présentée et soutenue publiquement le *19*

REFLEXIONS SUR LE FICHIER DU PRATICIEN

OBJETS : ÉTUDE DE QUELQUES FICHIERS ET PROPOSITION D'UN MODÈLE

Directeur de Thèse : Docteur Ph. JACOT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma femme ANNE-MARIE

A ma fille JULIETTE

A MON PERE DISPARU

qui m'a encouragé à entreprendre ces études

A MA MERE , A MES FRERES ET SOEURS

qui m'y ont aidé

A TOUTE MA FAMILLE

A Monsieur le Professeur CORNILLOT

Directeur de l'U.E.R. de Bobigny

A Monsieur le Docteur JACOT
qui m'a guidé dans ce travail

Aux Docteurs BARKAS, BARDELAY, CORDIER, CROMBIE, DRURY, DIENSTAG, GRUMBERG, HAPPERT, HODES, HORDER, LAVANT, LELEGARD, LEVY, MICHE, PORET, POUDEROUX, RADENACH, REYNOLDS, ROUY, SCHARF,

qui ont accepté de me prêter leur concours

A Monsieur le Docteur de BUTLER
pour sa disponibilité et son accueil

A MES MAITRES D'HOPITAUX

Monsieur le Professeur TRICOT

Monsieur le Professeur VALERE

Monsieur le Professeur DEBRAY

Monsieur le Docteur PAYET

Monsieur le Docteur GUILLOMIN

Monsieur le Docteur HAPPERT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUTUREAU

avec mes remerciements

PLAN DE L'OUVRAGE

		Pages
I	INTRODUCTION	1
II	ETUDE DE QUELQUES FICHIERS DE GENERALISTES	4
	- Méthode de travail	
	- Etude proprement dite	
	Dr. BAR	
	Dr. GRU	
	Dr. HOR	
	Dr. JAC	
	Dr. LEV	
	Dr. MIC	
	Dr. SCH	
	- Conclusions	
	les défauts le plus souvent rencontrés	
	les objectifs atteints	
III	PROPOSITION D'UN MODELE	42
	- Méthode de prise de notes	
	- Dossier	
	- Organisation	
	- Choix du matériel	
IV	CONCLUSION	58
V	BIBLIOGRAPHIE	60

INTRODUCTION

I - INTRODUCTION

La prise de notes constitue pour le généraliste une tâche quotidienne, dont la nécessité se fait de plus en plus sentir. Son importance en médecine générale fait que nous devrions tenter d'en améliorer la méthode, afin de les rendre plus utilisables, voire exploitables pour une étude ou une recherche. L'intérêt des notes relatives aux patients apparaît en effet à plusieurs niveaux :

- elles constituent tout d'abord l'aide-mémoire indispensable au médecin généraliste pour faciliter la surveillance chronologique de ses patients, qu'il est amené à voir de façon discontinue et sur une période souvent très étalée dans le temps,
- elles devraient être un moyen d'assurer aux patients une continuité des soins lorsqu'ils sont appelés à être vus par l'associé, le remplaçant ou le successeur,
- enfin, elles pourraient constituer un "matériel" d'étude pour mener à bien par exemple une étude de cas, une appréciation des effets secondaires des médicaments, un enseignement voire une recherche ...

Parallèlement à cette prise de notes, le généraliste doit conserver un certain nombre de documents (résultats d'analyses et lettres de correspondants) qui l'oblige en définitive à ouvrir un dossier pour la plupart de ses patients.

Il en arrive ainsi à créer un fichier dont la tenue ne va pas toujours sans poser des problèmes pratiques d'organisation pouvant même nécessiter, dans le cas d'un groupe en particulier, le recours à une secrétaire.

En vue d'améliorer l'élaboration du fichier du généraliste à ces trois niveaux que sont donc la prise de notes, la constitution de dossiers et la mise en place d'une organisation, nous sommes allés voir comment différents médecins s'y prenaient afin de pouvoir, à partir de chacune de leurs expériences séparées, retrouver les méthodes ainsi que les insuffisances communes.

Partant de là, nous proposons une conception d'élaboration de fichier tenant compte de ces expériences diverses.

ETUDE DE QUELQUES FICHIERS DE GENERALISTES

II - ETUDE DE QUELQUES FICHIERS

L'enquête menée auprès de médecins généralistes d'âge, d'expérience et de conditions d'exercices variés, a porté sur un petit nombre nullement représentatif de la population des généralistes. Sur vingt médecins contactés, seize ont donné suite et nous ont donc permis, sinon de consulter leur fichier, tout au moins de s'entretenir avec eux.

Il aurait été intéressant de conduire une enquête à l'échelle de la France, ne serait-ce que pour interroger les médecins sur leur conception de l'utilité du fichier et, s'ils étaient convaincus de celle-ci, sur la manière dont ils le réalisait. Les anglo-saxons ont mené une enquête de cet ordre (7) sur leur territoire, où il est vrai que la tenue de dossiers est institutionnalisée. Malheureusement nos moyens matériels ne nous ont pas permi de réaliser une étude similaire, et nous nous sommes donc limités à rencontrer des médecins particulièrement sensibilisés sur l'intérêt du fichier.

METHODE DE TRAVAIL

Après avoir interrogé ces médecins sur leur conception de l'utilité du fichier, nous avons étudié :

A - Leur façon de prendre des notes
B - Leur manière de constituer les dossiers
C - Leur organisation pour la tenue du fichier
D - Les moyens matériels utilisés.

Nous ne décrirons ici que les fichiers qui nous ont paru le plus intéressant.

A - Dans leur façon de prendre des notes, nous relèverons :

- comment ils mettent en valeur les renseignements importants,
- éventuellement quelle méthode ils adoptent pour faciliter l'accès aux notes prises au jour le jour, que nous appellerons notes "chronologiques".

B - Au niveau de la constitution de dossiers nous envisagerons :

- les critères selon lesquels ils ouvrent un dossier, ceux-ci pouvant être la fréquence de consultation, la nature de leur pathologie ...
- comment ils les identifient : par famille ou par individu
- comment ils y intègrent les documents.

C - Au niveau des problèmes d'organisation nous considérerons :

- leur méthode de classement
- la mise en place éventuelle d'autres fichiers
- la tenue du fichier : manipulations, mise à jour ...
- les notes en visite.

D - Enfin nous décrirons les moyens matériels utilisés :

- fiche dossier et fichier.

Dr. BAR

28 années d'exercice
associé avec trois autres confrères depuis un an
30 à 40 actes par jour

-

CONCEPTION DE L'UTILITE DU FICHIER

- Plus qu'un simple aide-mémoire, les notes doivent aussi contribuer selon lui à améliorer la valeur technique de ses actes.
- L'intérêt du fichier est également de pouvoir garder une trace de tout acte et de tout patient.
- Son utilité en temps que support d'informations entre ses associés doit être limitée aux urgences, chaque médecin devant garder ses fiches pour lui en raison du respect du secret professionnel. Pour cette raison il n'y a pas de fichier commun dans le groupe.
- L'exploitation du fichier à des fins diverses lui paraît concevable.

ETUDE DU FICHIER

A - Les notes

. Les renseignements obtenus lors des premières consultations (antécédents, données d'examen ...) sont facilement accessibles du fait qu'ils sont notés sur une fiche différente des fiches suivantes.
. Les renseignements importants apparaissant au fur et à mesure sont écrits de couleur différente de manière à ressortir du reste des notes. Il en est ainsi pour les résumés de lettres de correspondants, les comptes-rendus divers (opérations ECG - EEG - radios) et les résultats d'examens qui sont écrits en rouge.
. Les différents actes sont séparés entre eux par un trait horizontal.
. Il utilise un tampon pour schématiser une graphie pulmonaire.

B - Les dossiers

- Ils sont constitués pour tout patient venant consulter, quelque soit son motif.
- L'identification se fait par famille, les fiches étant de couleurs différentes selon qu'il s'agisse du père (jaune) de la mère (verte) ou des enfants (rose).
- Les documents, qu'il s'agisse de résultats ou de lettres, sont toujours recopiés puis détruits.

C - L'organisation

- Ses dossiers sont classés par ordre alphabétique et par localité (huit localités).
- Pratiquant en plus de la médecine générale une spécialité de phlébologie, il a un fichier réservé à cet effet.
- La tenue du fichier est assurée en partie par la secrétaire qui a également la charge de constituer les fiches de nouveaux patients et de recopier les examens complémentaires.
- Pour les visites, il lit ses notes avant de partir et écrit au retour.

D - Les moyens matériels

- Il a créé lui-même ses fiches en les faisant pré-imprimer et pré-cadrer selon ses besoins.
- Il utilise comme dossier des enveloppes.
- Son fichier est composé de dix tiroirs.

Dr. GRU

8 années d'exercice
associé avec quatre autres médecins depuis 5 ans
30 à 35 actes par jour en moyenne

-

CONCEPTION DE L'UTILITE DU FICHIER

- En plus de celle d'aide-mémoire l'utilité du fichier lui apparaît comme un élément d'organisation de son travail, lui permettant de gagner du temps tout en étant plus efficace.
- Bien qu'associé, la fiche n'est pas utilisée comme support d'information entre ses confrères.
- L'exploitation rétrospective du fichier lui parait difficilement concevable. Elle ne lui parait possible que de façon prospective lorsque le type de travail à effectuer est défini à l'avance.

A - Les notes

Il extrait des éléments notés au jour le jour sur la fiche de surveillance chronologique, ceux qui sont importants à considérer pour une prise en charge à long terme, et les écrit sur un deuxième support. Il tient donc simultanément deux fiches, l'une constituant un sommaire des principaux faits, l'autre le "journal de bord" des consultations successives.

B - Les dossiers

. Sont constitués pour tout patient venant consulter.

. L'identification se fait par individu.

. Pour ce qui est des documents, ne sont conservées que les lettres, les résultats d'examen étant recopiés.

C - L'organisation

. Les dossiers sont classés par ordre alphabétique, ce qui ne va pas sans poser de problème, étant donné l'importance numérique du fichier commun à tous les associés (25 000 dossiers).

. Il n'y a qu'un seul fichier dont la tenue est assurée par une secrétaire. Elle sort et range environ deux cents dossiers par jour.

. Pour les visites il ne prend pas de notes les problèmes à résoudre étant le plus souvent mineurs. S'ils s'avèrent être graves (urgence) il conserve le double des lettres écrites.

D - Le matériel

Il utilise les fiches de différentes couleurs et les tiroirs correspondants (50 tiroirs).

Dr. HOR

exerce depuis trente ans à Londres
est associé avec cinq autres confrères
fait 20 à 25 actes par jour

-

L'organisation particulière de la médecine en Angleterre fait que les médecins généralistes sont en quelque sorte obligés de tenir un fichier des malades qui sont inscrits sur leur liste.

Les dossiers sont en effet conçus par le National Health Service dans le but de permettre une continuité des soins lorsque les patients changent de médecin.

L'utilité de la fiche en tant qu'aide-mémoire vient donc en seconde place.

A - Les notes

Dans le groupe du Docteur HOR. les médecins utilisent deux supports :

. l'un, fig. 1 page 12, 13, 14 et 15, où sont consignés les renseignements importants concernant le patient qui sont mis sous différentes rubriques :

- nom et renseignements d'état civil (numéro d'immatriculation au N.H.S., date de naissance, catégorie socio-culturelle, adresses, situation civile, profession),

1. NAME	7 Civil state (with date)	
2 NHS No.		
3. Date of birth		
4 Sex Height		
5 Cultural group	8 Occupations	
6 Address and changes of address	Year	Description

9 Family structure and history

Family of origin	Family of marriage
F	Spouse and children
M	
Siblings	

10 Housing

11 PROBLEM LIST

Date	Problem title	Resolution and date

12 SCREENING RECORD

High risk factors

1 Family history

Hypertension

Cardiovascular disease

Diabetes

Carcinoma

Depressive illness

Other

2 Occupational risks

3 Personal risks

Smoking

Obesity

Alcohol

Drugs

Other

Allergies

Epilepsy

Diabetes

Steroids

Recall frequency							
e	BP	Wgt	Smoking	Breasts	Cx smear	Urine	

13 PRESCRIBING PROBLEMS

Date	

14 IMMUNISATION STATUS

DPT				DT			
Polio							
Measles		Rubella		Smallpox			
Tetanus							
Heaf				BCG			

- renseignements familiaux,
- conditions d'habitation,
- sommaire des différents problèmes posés,
- liste des facteurs de risque (tabac, alcool, métier dangereux ...),
- prescriptions prolongées,
- vaccinations.

. l'autre, fig. 1 page 17, réservé aux notes chronologiques, qui est pré-cadré de manière à faire entrer successivement dans huit colonnes :

- la date,
- le caractère ancien ou nouveau de l'épisode,
- le lieu où est vu le patient (domicile, cabinet hôpital ...),
- les notes proprement dites,
- les prescriptions,
- l'établissement de certificat d'arrêt ou de prolongation d'arrêt de travail (une colonne pour préciser s'il s'agit d'un arrêt ou d'une prolongation, et une autre pour inscrire le nombre de jours),
- le sommaire, c'est à dire l'interprétation par le médecin du problème posé.

Ce pré-cadrage n'est pas respecté la plupart du temps, sauf pour la date, les notes et le sommaire.

B - Les dossiers

Ils sont constitués pour tous les patients inscrits sur leur liste. L'identification est faite par individu.
Les documents sont conservés en étant classés dans le dossier par ordre chronologique, lettres d'un côté et résultats d'examens complémentaires de l'autre.

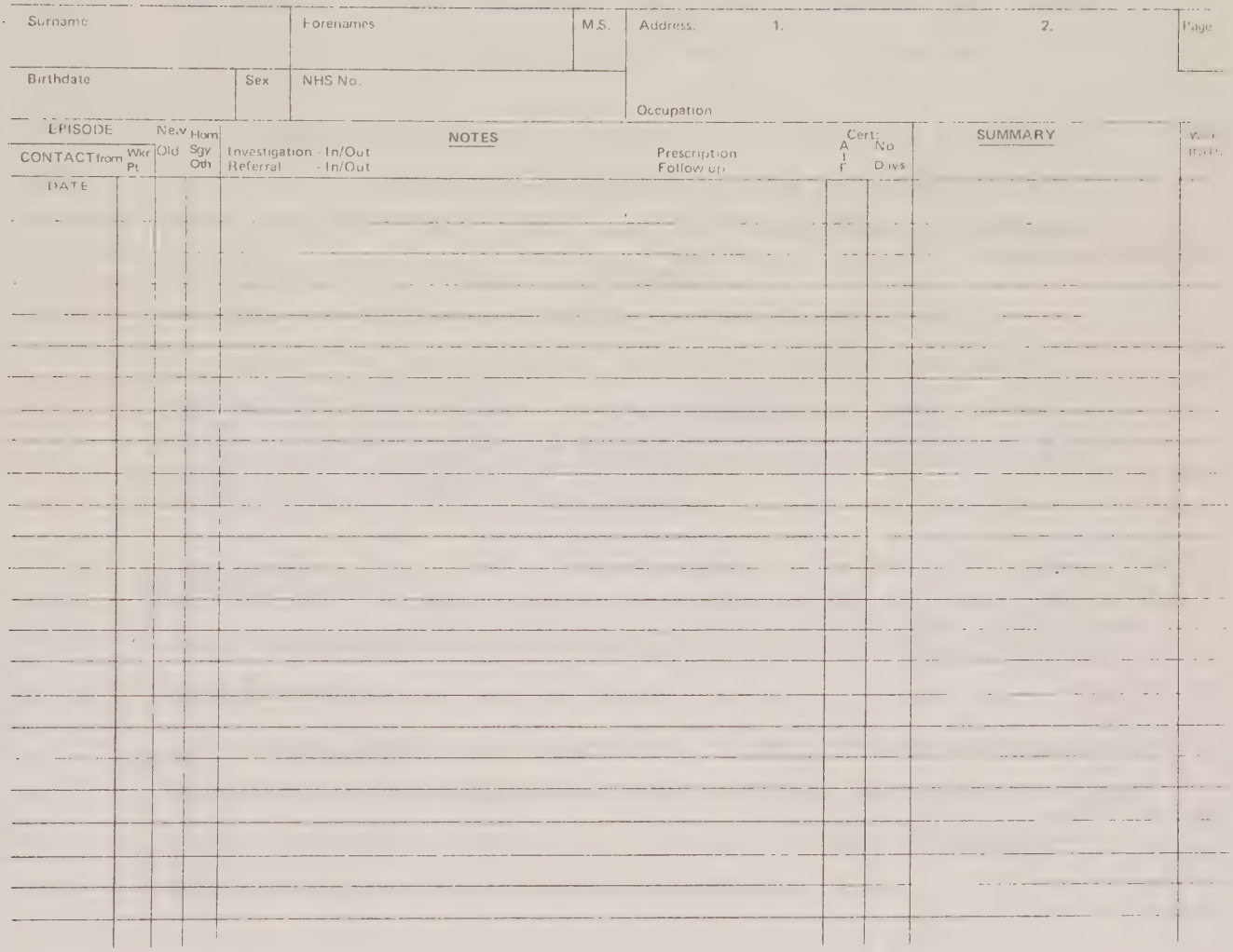
Surname
Forenames
M.S.
Address. 1.
2.
Page
Birthdate
Sex
NHS No.
Occupation
EPISODE
CONTACT from
New
Old
Hom
Sgy
Oth
Wkr
Pt
NOTES
Investigation - In/Out
Referral - In/Out
Prescription
Follow up
Cert:
A
I
F
No
Days
SUMMARY
DATE

Figure 1

C - L'organisation

- Le classement des dossiers est alphabétique.
- Il existe un second fichier réservé au "Age - Sex-register" constituant un répertoire des patients en fonction de l'âge et du sexe.
  Ce fichier permet d'accéder facilement à des renseignements administratifs concernant un patient, sans avoir à consulter son dossier. Il est également conçu pour programmer des études, les fiches étant pré-imprimées de manière à y faire entrer des codes.
  Le classement des fiches se faisant par l'année de naissance, il leur est ainsi possible d'apprécier une pathologie donnée en fonction de l'âge et du sexe, les fiches étant bleues pour les hommes et roses pour les femmes.
- La tenue du fichier est assurée par deux secrétaires.
- Le Docteur HOR. ne prend pas de notes en visite bien qu'un cahier soit réservé à cet usage. Ce cahier est constitué de feuilles pré-encollées, se détachant de manière à pouvoir être intégrées aux fiches d'observation.

D - Le matériel utilisé

- Les fiches sont du format double à celles du N.H.S., c'est à dire 230 X 186.
- Les dossiers sont des classeurs 210 X 297 à l'intérieur desquels il y a une pochette pour les fiches, et deux languettes au niveau de la charnière permettant de relier, d'une part les examens complémentaires, d'autre part les lettres.
- Enfin les fichiers sont des cylindres rotatifs, à axe vertical, permettant un classement des dossiers debouts. Il y en a six contenant chacun environ deux mille dossiers.

Dr. JAC

exerce depuis huit ans en région parisienne
en groupe depuis 5 ans avec trois autres associés
30 à 40 actes par jour

-

CONCEPTION DE L'UTILITE DU FICHIER

- Aide-mémoire
- Continuité des soins avec associés et remplaçants
- Exploitation

A - Les notes

. Les renseignements importants sont notés sur un support différent de celui des notes chronologiques, à savoir à l'intérieur de la chemise qui sert de dossier.

. La feuille de notes chronologiques est pré-cadrée de manière à inscrire successivement dans quatre colonnes : la date, ce que dit le malade, les constatations objectives, et enfin la décision prise.
Ce pré-cadrage n'est pas rigoureusement respecté, les notes débordent parfois d'une colonne sur l'autre.

B - Le dossier

. Ouvert dès lors qu'un patient est vu plusieurs fois en consultation, les premières consultations étant notées sur une feuille volante.

. Identification par famille.

. Les documents sont conservés sans être classés ni recopiés. Lorsqu'ils deviennent trop encombrants ils sont mis dans un deuxième dossier accompagnant le premier.

C - L'organisation

. Classement alphabétique

. Deux autres fichiers sont prévus pour décharger le fichier courant des dossiers de patients n'étant pas revenu consulter depuis deux ans, et des dossiers de patients décédés.

. La tenue du fichier, commun au groupe, est assuré par la secrétaire.

. Il n'emporte pas ses dossiers en visite et ne prend pas de notes d'une manière générale sur les patients qu'il voit en dehors de son cabinet.

. Il envisage de constituer des fiches par malade ou par sujet de recherche, sur lesquelles il notera le nom des patients entrant sous les rubriques correspondantes.
ex : sur la fiche "HTA" il écrira Dupont, Martin etc...

D - Le matériel

. Les fiches sont des feuilles blanches 210 X 297 papier "machine" qu'il plie en deux pour les incorporer dans des dossiers 160 X 240 réalisés avec des feuilles cartonnées (180 grammes) de 240 X 320 pliées en deux.

. Son fichier est constitué de quatre ensembles de bacs basculants superposés par six, réalisant une capacité de 24 mètres linéaires de rangement dont 16,5 sont utilisés.

Dr. LEV

exerce depuis 8 ans en milieu semi-rural (ville de 7 000 habitants)

associé seulement depuis un an avec un autre confrère

fait en moyenne 40 actes par jour

-

CONCEPTION DE L'UTILITE DU FICHIER

- Garder une trace de toute personne qu'il est amené à voir, et de tout acte.
- Mettre en confiance ses patients.
- Assurer une continuité des soins avec son associé, ainsi qu'un éventuel remplaçant, et dans le cas particulier des femmes enceintes avec le gynéco-obstétricien.
- Pouvoir faire face aux exigences "administratives" particulières aux accidents du travail (délivrance de certificats, de duplicatas de certificats, comptabilité).
- Constituer un matériel de travail pour une étude quelconque (épidémiologie, expérimentation de produits, recherches cliniques).

A - Les notes

Les renseignements importants figurent en première page, et sont soulignés au fur et à mesure dans le texte.

Les fiches de femmes sous oestro-progestatifs sont munies d'un onglet afin de les repérer facilement.

B - Les dossiers

. Tous les patients, qu'ils soient vus en visite ou en consultation, ont une fiche de constituée, le dossier n'étant ouvert qu'après un certain nombre de consultations.

. L'identification des dossiers se fait par individu.

. Les documents ne sont incorporés au dossier que lorsqu'ils sont récents et que le médecin n'en a pas pris connaissance. Dès qu'elle lesreçoit, la secrétaire doit en effet les déposer dans la fiche-dossier correspondante.
Une fois qu'il en a pris connaissance, ils sont mis dans une enveloppe séparée, sans être classés ni recopiés. Là encore c'est la secrétaire qui intervient.

C - L'organisation

. Classement alphabétique

. En plus du fichier courant, trois autres sont prévus :
  - l'un constitue un fichier archive pour les documents,
  - l'autre est réservé aux accidents du travail. Celui-ci est lui-même subdivisé en deux :
    . un tiroir pour les accidents en cours,
    . un autre tiroir pour les accidents terminés.
  - le troisième est un fichier permettant de retrouver des séries de patients grâce à des cartes à perforation marginales.

. La secrétaire est largement mise à contribution pour assurer la tenue du fichier, ayant en plus de la recherche et du rangement des dossiers, à y incorporer les documents et à archiver ceux-ci une fois utilisés. Enfin elle découpe les notes prises en visite, lorsque le médecin n'avait pas le dossier, et les colle sur la fiche.

. Le Docteur LEV. emporte en effet avec lui ses fiches, que la secrétaire lui prépare au fur et à mesure des appels. S'il se trouve pour une raison ou pour une autre qu'il n'a pas la fiche avec lui, il note alors sur un papier quelconque qu'il remettra à la secrétaire à son retour.

D - Les moyens matériels

. Fiches : - modèle Oedip-Cerem 130 X 200 servant également de dossiers avec variantes pédiatriques et obstétricales,

- fiches mécaniques à perforations marginales.

. Fichier : 20 tiroirs, soit 8 mètres de classement linéaire tous utilisés.

Dr. MIC

installé depuis 6 mois avec un associé
10 à 15 actes par jour
banlieue parisienne

-

CONCEPTION DE L'UTILITE DU FICHIER

- Aide-mémoire
- Continuité des soins avec l'associé.

A - Les notes

. Les renseignements importants obtenus lors des premières consultations sont notées dans un cadre à part, sur la première fiche de constituée. Il dactylographie préalablement dans ce cadre les rubriques suivantes :
adressé par, médecin traitant, nationalité origine, profession, situation familiale, antécédents (familiaux, médicaux, chirurgicaux), divers.

. Les notes prises au jour le jour sont disposées dans un précadrage de manière à séparer ce que dit le malade et les données de l'interrogatoire, des données d'examens et des décisions prises. Il s'avère qu'une colonne, notamment celle réservée à l'interrogatoire du patient, est souvent plus remplie que les autres, ce qui entraine une irrégularité de la mise en page.

B - Les dossiers

. Ils sont constitués dès la première consultation pour tout patient. Il envisage de les constituer également lorsqu'il voit un patient en visite pour la première fois.

. L'identification se fait par individu.

. Les documents sont conservés tel quel dans les dossiers.

C - L'organisation

. Le classement est numérique, ce qui implique évidemment la tenue d'un fichier répertoire. Le numéro des dossiers est attribué au fur et à mesure de leur constitution, un certain nombre étant toutefois préparés à l'avance, afin d'éviter de donner plusieurs fois le même numéro à différents patients. Lorsqu'elle prépare un dossier, la secrétaire y joint une fiche à l'intérieur où elle insert le numéro correspondant, de manière à penser à écrire les noms des patients sur le dossier et sur la fiche. Celle-ci va permettre de retrouver le dossier et sera donc placée dans le fichier répertoire alphabétique prévu à cet effet.
Pour les membres d'une famille, il utilise en outre le classement par terminaison afin de pouvoir classer ensemble leurs dossiers. Ainsi Dupont Louis aura le numéro 123.0 et Dupont Marie 123.1, etc... le dernier chiffre étant inscrit d'une couleur différente.

. Il emporte la plupart du temps ses dossiers avec lui en visite.

D - Le matériel

Fiche : feuilles blanches, type papier "machine" 210 X 297 pré-cadrées par la secrétaire, utilisées à l'"italienne".

Dossiers : chemises 240 X 160 réalisées en pliant en deux une feuille cartonnée de 240 X 320. A l'extérieur il y porte le numéro du dossier et les renseignements administratifs concernant le patient.

Fichier : 8 casiers superposés.

Dr. SCH

exerce depuis 26 ans dans une ville d'environ
15 000 habitants
a créé avec deux autres confrères un cabinet de groupe
qui ne fonctionne que depuis deux ans
fait en moyenne 30 actes par jour (visites et consultations)

-

LES PRINCIPAUX SERVICES QU'IL ATTEND DU FICHIER

- Assurer une meilleure prise en charge des patients présentant une pathologie organique réelle qui nécessite une surveillance. Pour les patients épisodiques, ainsi que les enfants qui ont un carnet de santé, il ne juge pas utile d'établir une fiche. En ce qui concerne les fonctionnels, les annotations concernant leurs syndromes voisinent avec les notes concernant leur état somatique. Le Docteur SCH reconnait que ce n'est pas là une solution idéale.
- Assurer pour ces malades une meilleure liaison avec l'hôpital, leur fiche les accompagnant en cas d'hospitalisation.
- Assurer une meilleure continuité des soins lorsqu'il est amené à se faire remplacer, la fiche devant être utilisable par le remplaçant.
- Avant tout, avoir une vue à la fois synoptique et chronologique (et cela en un minimum de temps) de l'histoire et de l'évolution de la maladie. C'est là le but principal de la fiche qu'il a conçue.

LES MOYENS MIS EN OEUVRE

Pour tirer le parti manimum de son fichier, voici comment il s'y prend :

- La secrétaire n'intervient pas, et c'est lui-même qui assure les manipulations des fiches. Le fichier est dans son bureau à portée de main, et tout en écoutant le patient il sort sa fiche, en prenant soin de mettre un intercalaire pour retrouver sa place lorsqu'il la remettra.

- Pour établir de nouvelles fiches pour un patient nouveau présentant une pathologie importante, il prend une fiche 130 X 200, modèle Oedip-Cerem, et écrit méticuleusement le nom en rouge afin que la lecture en soit aisée, et qu'elle ne prête à aucune confusion. Au lieu d'être porté à gauche, ce qui ne facilite pas sa lecture lors des recherches dans les tiroirs, le nom est inscrit à droite.

- Afin de pallier à sa mauvaise écriture, qui ne lui permet pas toujours de se relire et/ou de se faire lire, il utilise une machine à écrire pour ses notes.

- En plus des renseignements généraux (état civil, adresse, antécédents) sont portés sur la première page , le ou les diagnostics ayant motivé la constitution de la fiche ainsi que les caractéristiques du patient (terrain psychologique, allergique, anticoagulants, exogènose etc...). Si d'autres diagnostics sont portés par la suite, ils figureront également en première page avec la date d'établissement. Ils sont toujours écrits en rouge pour être mieux mis en évidence.

- Le détail des consultations figure à l'intérieur de la fiche et lorsque celle-ci est remplie, sur des feuilles volantes format 130 X 200, lesquelles seront collées au ruban adhésif au fur et à mesure. Les notes toujours dactylographiées portent essentiellement sur les données objectives tirées de l'interrogatoire et de l'examen, ainsi que sur les prescriptions.
  Il ne prend pas de notes au fur et à mesure de la consultation, mais seulement à la fin pendant que le malade se rhabille. Il résume alors ses principales constatations et les médicaments prescrits.

- Dans la disposition de son texte, il porte la date à gauche, une ou deux phrases d'observation au milieu, et le traitement toujours à droite, de manière à faciliter d'éventuelles recherches ultérieures. Lorsqu'il trouve une anomalie d'examen, il l'écrit en rouge toujours dans le but d'attirer son attention lors de la consultation suivante. Pour se souvenir de l'âge de ses patients, il le note tous les ans en l'inscrivant en même temps que l'année en cours.

- Pour résoudre le problème de l'amoncellement des documents qui décourage toute consultation ultérieure, d'une part il recopie les examens complémentaires, d'autre part il relie lettres et comptes-rendus divers aux notes :
  - pour recopier les résultats d'examens complémentaires, il utilise une feuille volante réservée à cet usage qui va s'articuler au dossier en étant agrafée sur le volant de droite des fiches Oedip-Cerem. Le temps perdu pour ce travail est retrouvé par la suite puisqu'il n'a pas à rechercher un résultat égaré dans une masse de papier, et que par ailleurs il a une vue d'ensemble sur l'évolution des résultats perturbés,
  - pour relier lettres et comptes-rendus aux notes, ils les découpe de la dimension de la fiche et les intercalle en les collant. Pour lui faciliter cette tâche, il a réussi à obtenir de la plupart de ses correspondants qu'ils lui répondent sur un format 130 X 200. Il parvient ainsi à faciliter une éventuelle consultation de ces documents dont par ailleurs il respecte la chronologie.

- Pour les hypertendus qui constituent un lot important de ses patients, il établit en outre une fiche supplémentaire en bristol sur laquelle il dresse un diagramme des chiffres tensionnels et du pouls en fonction du temps. A l'image des pancartes des malades hospitalisés il visualise ainsi les paramètres chiffrés par des courbes qui parlent mieux que la simple écriture.

- Le problème des patients vus en visite est résolu de la manière suivante :
  - tout d'abord, les motifs d'appel étant souvent liés à une pathologie de moindre importance, notamment pour les enfants, il ne juge pas indispensable de prendre des notes,
  - par ailleurs, s'il a vraiment à faire à un problème important comme une urgence nécessitant une hospitalisation, il gardera le double de la lettre qu'il écrira alors,
  - enfin pour les malades chroniques qu'il suite à domicile, il leur laisse la fiche pour éviter d'avoir à penser à la prendre avec lui. Evidemment il n'y porte pas les diagnostics qui pourraient inquiéter le patient.

Telle est sa conception du fichier qui répond au but qu'il s'est fixé et à ses exigences.

CONCLUSION

Parvenu au terme de cette étude de quelques fichiers de généralistes, nous allons :

A - Dans un premier temps analyser les principaux défauts retrouvés à chacune des différentes étapes (prise de notes, constitution de dossier, organisation et moyens matériels),

B - Définir les objectifs réellement atteints parmi les trois principaux, à savoir :

. aide-mémoire,
. utilisation par un confrère,
. exploitation.

-

A - LES DEFAUTS

1. Pour ce qui est des notes

Outre les difficultés de lecture liées à l'écriture, ou à la fantaisie de la mise en page, on doit constater :

- qu'il y manque souvent des renseignements importants,
- que les renseignements importants qui s'y trouvent sont difficilement accessibles, du fait qu'ils sont la plupart du temps noyés dans les notes chronologiques, ce qui oblige à tout relire pour les retrouver. Souvent il est vrai qu'ils sont soulignés, et quelquefois même notés dans un cadre à part voire sur une fiche séparée,
- que les notes chronologiques ne permettent pas facilement de suivre un problème donné (symptôme, maladie, prescription ...) depuis son point de départ jusqu'à son arrivée du fait que les éléments qui s'y rapportent se mêlent à ceux d'autres problèmes.
  L'écheveau ainsi réalisé devient très difficile à démêler,
- enfin que souvent les notes ne laissent paraitre que l'interprétation du médecin ou simplement son analyse du problème dont on ne retrouve plus l'énoncé, à savoir les termes employés par le patient pour exposer sa plainte.

Illustrons ces remarques d'un exemple :

Nous reproduisons les notes d'un médecin qui ont le rare mérite d'être lisibles et bien ordonnancées.

DES ♀ 41 ans

15 NOV. 1971 COUPVRAY

Hepatisme

Atorel Norbiline Sulfarlem ovulène

- 9 DEC. 1971 "Laryngisme" Trans < SGOT 550 unités
< SGPT 600 unités

- 7 FEV. 1972 Ictère par Hepatite Bilirubine: 60 mg Pl. Act: 11

14 FEV. 1972 Ictère ++ TP 81%

- 7 MARS 1972 Ictère prolongé + Cortancyl

- 7 JUIL. 1972 Douleurs de l'Hypochondre droit

Amenorrhée

Centralgol x3 Abuline x3 Sorbitol Methionine Phosphalugel

16 JAN. 1973 **Asthénie**

Hypernervosité Douleur de l'Hypocondre gauche. + Pt de Murphy.

Relaxoddi 2x2 Norbiline Valium 10 x3 optalidon Suppo

- 9 FEV. 1973 Tremblements + Amaigrissement + Palpitations

Cardiorythmine Décontractyl Souffle systolique Eclat de Bz Megabyl

23 FEV. 1973 TP: 77% NFS Nale Phosphatases Alcalines: 24 unités
Bilirubine: 5 mg Transaminases SGPT 70
Electrophorèse: Protides 66 g/l Albumine: 62%
α_1: 3% α_2: 8% β: 12% γ: 15%
Cholesterol: 2,53 g/l Iode protéique: 6 γ %
Reflexogramme: 360 mm/sec G 340 millisecondes
Anorexie Amaigrissement 64,7 → 56 Kgs.
Cardiorythmine Megabyl (Atorel) Acti 5 Cortancyl Librium

Glycosurie Leucocytose

16 MARS 1973 urée 0,30 g‰ θ° = 38° cystite
NF 4.250.000 GR 6.200 GB 60% Poly
Entérocoques urinaires Nibiol Phosveol
Lincocine + Thiophenicol Periactine

6 AVR. 1973 Pds: 55 Kgs
Pt de Murphy.

24 AVR. 1973 θ° = 38° Pds: 56 Kgs.
2g Totapen + Bactrim

8 MAI 1973 θ° = 38° Basdène Phenob.

15 MAI 1973 θ° = 38° Atorel Norbiline Dibromotyrosine Pds. 55,5 Kgs

Antécédents de coliques néphrétiques droites.

29 MAI 1973 urée 0,25 g‰ Clearance à la créatinine: 85 ml/mn
NF: 4.300.000 GR 49% Poly 4800 GB Urines Stériles
HLM: Leucocytes/min: 495 Hématies/min: 230.

U.I.V. reins morphologiquement et fonctionnellement normaux

. Les manques :

On aimerait retrouver dans ces notes certaines informations connues du médecin, par exemple :

- la situation familiale de la patiente : est-elle célibataire, mariée, divorcée, veuve, mère de famille ... ?
- sa situation socio-professionnelle, voire son niveau culturel,
- son profil psychologique : la prescription de dogmatil laisse envisager qu'il est quelque peu perturbé,
- ses chiffres tensionnels habituels : la première fois qu'ils sont notés (14 août 1973) ils sont élevés, mais quels étaient-ils avant ? Seul le médecin le sait,
- la posologie et la durée des prescriptions comme l'opalène, le cortancyl, le basdène ...

. Les difficultés de retrouver les renseignements importants .

Prenons deux exemples :

- la prescription d'oestro-progestatifs notée lors de la première consultation n'apparaît pas de façon aussi évidente que, par exemple, la notion de problèmes hépatiques. Elle est pourtant d'importance, non seulement parce qu'elle nécessite une surveillance appropriée, mais aussi dans le cas de cette patiente parce qu'elle pourrait justement expliquer les problèmes hépatiques ainsi que la survenue d'une aménorrhée (7 juillet 1972) et d'une élévation des chiffres tensionnels (14 août 1973),
- la notion de tremblements soulignée lors de la consultation du 9 février 1973 laisse supposer à juste titre l'hypothèse d'une hyperthyroïdie. Or, la prescription de basdène le 8 mai 1975 n'apparaît pas aussi clairement alors qu'elle confirme le diagnostic, lequel diagnostic mérite de ressortir des notes au même titre que le symptôme "tremblements".

. L'interférence des problèmes entre eux :

Le 9 février 1973 l'hypothèse d'une hyperthyroïdie est évoquée. Elle sera confirmée, nous l'avons vu, le 8 mai suivant du fait de la prescription de basdène.
Entre temps, il est bien difficile de savoir ce qui s'est passé, car les informations relatives à ce problème se mêlent à celles d'autres problèmes, notamment l'insuffisance hépatique qui suit son cours, la survenue d'un épisode fébrile etc ...

. L'interprétation du médecin :

Ce dernier point est particulièrement sensible dans ces notes : à aucun moment n'apparaissent les termes employés par la patiente pour exprimer ses plaintes. Or, si on en juge par la prescription de dogmatil, il est probable qu'elle présente des problèmes psycho-somatiques sur lesquels justement ses plaintes, dépouillées de l'interprétation du médecin, pourraient nous éclairer.

Telles sont les critiques que nous pouvons formuler sur les notes.

2. Pour ce qui est des dossiers

- Les critères les plus souvent retenus pour ouvrir un dossier sont :
  - les malades vus en consultation,
  - la fréquence de consultation, une simple fiche étant constituée lors des toutes premières consultations.

  Lorsqu'un malade est vu pour la première fois en visite, un seul médecin prend des notes, amorçant ainsi la constitution d'un dossier.
  La plupart ne se contente de l'ouvrir que dans la mesure où ils le reverront en consultation.
  On en arrive ainsi à une aberration, à savoir que les patients vus seulement à domicile n'ont pas, le plus souvent, de dossier tout au plus une enveloppe où sont mis les documents. Seuls les docteurs BAR. LEV. et SCH. constituent des dossiers pour ce type de patients (notamment les personnes âgées ne pouvant pas se déplacer).

- L'identification des dossiers se fait le plus souvent par individu, et non pas par famille. L'expérience de ceux (au nombre de deux) qui les identifient par famille est diverses :
  - pour l'un, très discipliné il est vrai, cela ne lui pose pas de problème,
  - pour l'autre, il reconnait que ce n'est pas idéal du fait que l'on peut se tromper de fiches d'une fois sur l'autre, et que les documents augmentent d'autant plus vite qu'ils se rapportent à plusieurs individus.

- Le problème de la conservation des documents est résolu de façon très différente d'un médecin à l'autre, ce qui montre bien sa complexité :
  - la plupart se contente de les joindre en vrac avec les fiches de notes sans recopier ni classer,
  - un grand nombre préfère en recopier tout ou au moins une partie (notamment les examens complémentaires) et à s'en débarasser,

- viennent après ceux qui les extraient du dossier courant, afin de le décharger et d'en faciliter la manipulation,
- l'un deux les conserve, mais les classe par ordre chronologique,
- enfin il nous est arrivé d'en recontrer un (7) qui utilise des microfilms, résolvant ainsi le problème de la place.

Quelque soit la solution choisie, la meilleure paraissant à notre avis celle de recopier au moins les résultats d'examens biologiques et de ne conserver que les lettres, il faut bien avouer que la multiplicité des formats des documents, pour ne s'en tenir qu'aux lettres, ne facilitent pas les choses.

Pour illustrer cette diversité des formats, en voici un exemple sur vingt documents contenus dans un dossier :

Examens complémentaires	1 résultat d'anatomopathologie	180 X 210
	1 résultat frottis vaginal	205 X 210
	1 examen sanguin	210 X 297
Lettres	1 lettre chirurgien	180 X 198
	2 autres lettres (même chirurgien)	180 X 210
	2 lettres hôpital	210 X 270
	1 lettre "	200 X 270
	1 lettre " (écrite dans la plus grande largeur !)	210 X 297

Rien que pour les sept lettres, il y a cinq formats différents !

Enfin la méthode de conservation de documents la plus couramment adoptée étant la première, à savoir qu'ils sont mis en vrac, dans une enveloppe de préférence, il est bien certain que l'accès aux informations qu'ils contiennent n'est pas facilité, loin de là.

Par exemple, dans le dossier qui renfermait les vingt documents, ce qui n'est pas considérable, il nous a fallu dix bonnes minutes pour retrouver les informations qu'ils contenaient. Outre qu'il faut du temps pour partir à la recherche d'un document, il y faut quelque fois aussi du courage lorsque le dossier devient volumineux.

3. Pour ce qui est des problèmes d'organisation

- Peu de médecins reconnaissent la supériorité du classement numérique par rapport au classement alphabétique, supériorité que les spécialistes des problèmes de classement ont prouvé à partir d'expériences de grandes administrations pour lesquelles la recherche de dossiers se pose de façon autrement plus épineuse que pour le médecin (CIMAB). Passé un certain nombre de dossiers (10 000), cette supériorité du classement numérique est évidente, pour un nombre limité elle s'avère aussi très commode.

  Nous n'avons trouvé qu'un seul médecin qui utilise cette méthode de classement, depuis peu de temps certes, mais avec satisfaction, notamment pour la secrétaire.

- La plupart ne prennent pas de notes lors des visites, ce qui est somme toute regrettable, même si les problèmes posés sont effectivement le plus souvent mineurs.

- Enfin il est regrettable que peu de médecins aient imaginé une organisation permettant d'extraire du fichier des séries de dossiers en fonction de leur contenu.
  Seuls les docteurs HOR. et LEV. ont mis en place une telle organisation :

  . le Docteur HOR utilise un fichier-répertoire mis au point par le "Royal College of Practionners" (Londres). Il s'agit d'un répertoire en fonction du sexe et de l'âge des individus. Chaque patient y a une carte (Fig. 1 page 37) sur laquelle on peut faire entrer des données que l'on voudrait exploiter par la suite. Le bord inférieur de la carte que l'on peut coder est prévu à cet effet,

  . le Docteur LEV utilise, nous l'avons vu, des fiches à perforation marginale, dont nous reproduisons le code (Fig. 2 page 37).

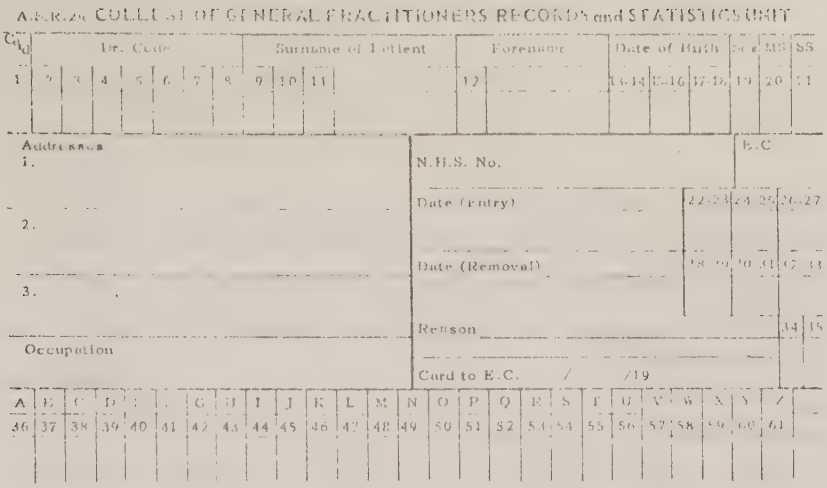

Figure 1

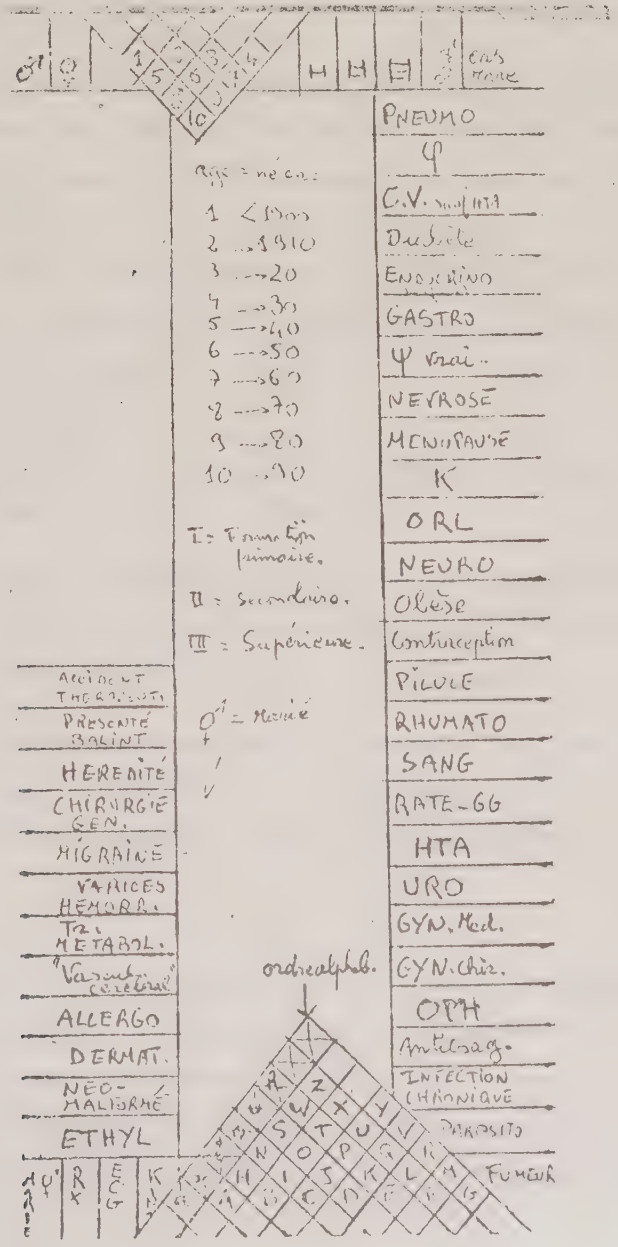

Figure 2

4. Remarques sur les moyens matériels

Les fiches

. La plupart utilise des fiches "médicales" commercialisées pré-imprimées et pré-cadrées réalisant, en même temps que la fiche de notes, le dossier contenant les documents grâce à un pliage adéquat.
Outre que la publicité pharmaceutique y prend une place non négligeable (sans les rendre d'ailleurs compétitives quant au prix par rapport aux fiches vierges du commerce) ces fiches présentent les défauts suivants :
- du fait qu'elles servent en même temps de dossier, il faudra déplacer son contenu chaque fois que l'on voudra noter,
- les rubriques situées en première page sont trop nombreuses et beaucoup ne sont jamais utilisées,
- les interlignes, prévues sans doute pour que le médecin écrive gros, ne permettent pas d'économiser la place, si bien qu'il écrit la plupart du temps entre les lignes, au détriment de la clarté du texte,
- la publicité sur les fiches intercalaires ne laisse vraiment pas beaucoup de place pour écrire.

. De ce fait, beaucoup rejettent les fiches médicales commercialisées, préférant les fiches vierges où ils disposent de la place à leur gré, ce en quoi nous les suivons.

. Enfin, deux nous paraissent avoir une initiative heureuse, en ce sens qu'ils choisissent un pré-cadrage répondant à leurs besoins, et font donc imprimer leurs fiches eux-mêmes.

Les dossiers

. Le format des fiches-dossiers décrites précédemment étant de 130 X 200, tous les documents atteignant 210 X 297, format actuellement normalisé, devront être pliés en quatre pour être conservés, ce qui ne facilitera pas une compulsion ultérieure et fera gagner de l'épaisseur au dossier. Peu de médecins d'ailleurs se préoc-

cupent du format du dossier qui a tout intérêt, quelqu'en soit le type, à être normalisé et permettre ainsi d'incorporer les lettres en les pliant seulement en deux. Un seul a choisi pour cela un format de dossier 240 X 160.

. Les envèloppes souvent utilisées comme dossiers, outre qu'elles nécessitent de plier les documents (là encore le plus souvent en quatre ...) n'en permettent que le rangement et pas le classement. Ce qui encourage à les mettre en vrac, et du fait qu'elles ne sont ouvertes qu'à une seule extrêmité, nécessite de vider son contenu chaque fois que l'on effectue des recherches. Les anglo-saxons qui utilisent, à l'échelon national, des enveloppes comme dossiers depuis 1948 n'en sont pas satisfaits (4).

Les fichiers

Nous en arrivons au fichier, traditionnellement constitués par des tiroirs. Les défauts de ceux-ci l'emportent sur leurs avantages, notamment dans le cas de cabinet de groupe où la longueur de classement nécessaire atteint parfois vingt mètres, ce qui représente cinquante tiroirs de 40 cm de profondeur.

Voyons leurs avantages :

. la surface utilisée au sol est minime du fait qu'ils se superposent facilement,
. leur prix est modique.

Leurs défauts :

. du fait que l'extension interne (c'est à dire entre deux dossiers) est illimitée dans le classement alphabétique, il va falloir déplacer les dossiers chaque fois que les tiroirs deviennent saturés. Or, cette situation est fréquente, notamment dans le cas d'un cabinet de groupe où le fichier est commun. En effet les 40 cm de rangement des tiroirs seront alors vite utilisés, et il faudra à chaque fois déplacer les dossiers du ou des tiroirs pleins, ainsi que ceux des tiroirs placés en aval. Il s'avère malheureusement que c'est rarement le dernier qui est plein, ce qui entraine la reconstitution d'une grande partie du fichier (déplacement des dossiers et mise en place de nouvelles subdivisions).

- Les manipulations qu'impliquent les tiroirs constituent un autre défaut :

  - ainsi dans un cabinet de groupe de cinq médecins pour lesquels la secrétaire doit sortir et ranger environ quarante dossiers par médecin, soit au total deux cents dossiers, cela représente donc quatre cents manipulations de tiroirs par jour,

  - par contre, dans le cabinet de quatre médecins du Docteur JAC où les dossiers sont placés dans douze bacs basculants, la secrétaire n'a que vingt quatre manipulations par jour à faire pour pouvoir sortir et ranger approximativement le même nombre de dossiers que dans le groupe précédent. Dans le premier cas le temps nécessaire est de 14 minutes environ par jour (deux secondes par tiroir), dans le second cas, il n'est plus que de deux à trois minutes maximum.

B - LE BILAN

- Quelque soit les moyens mis en oeuvre, l'objectif aide-mémoire est atteint, justifiant ainsi la constitution d'un fichier.
  En effet :

  d'une part les notes sont utilisables par leur auteur quelqu'en soit la forme et le contenu,

  d'autre part l'accessibilité aux documents n'est pas primordiale dès lors que le médecin en a déjà pris connaissance avant de les incorporer au dossier.

- L'utilisation du fichier par un confrère dans le but d'assurer une continuité des soins est déjà plus aléatoire :

  . du fait des écueils rencontrés au niveau des notes parmi lesquels l'écriture et la mise en page ne sont pas des moindres,
  . du fait de la difficulté d'accéder aux documents contenus dans le dossier, qui sont le plus souvent mis en vrac sans tenir compte de leur importance réelle,
  . parfois même du fait de la difficulté de retrouver les dossiers dans un fichier saturé où les manipulations deviennent laborieuses.

- Enfin l'exploitation du fichier qui suppose, outre une certaine qualité des notes et une accessibilité aux documents, la mise en place d'un système permettant de retrouver des séries, est impossible, à quelques rares exceptions près.

PROPOSITION D'UN MODELE

III - PROPOSITION D'UN MODELE

Après avoir analysé les défauts le plus souvent rencontrés, nous nous proposons d'y apporter une amélioration à chaque niveau d'élaboration du fichier, dans le but de pouvoir atteindre les deux derniers objectifs, à savoir la continuité des soins et l'exploitation du fichier.

Là encore, nous étudierons successivement les notes, le dossier, l'organisation et enfin le matériel.

LES NOTES

Nous avons vu que les notes présentaient les défauts suivants : elles sont incomplètes, les renseignements importants notés se perdent avec ceux qui ne présentent aucun intérêt, les informations relatives à plusieurs problèmes se mélangent entre elles, enfin elles ne traduisent souvent que l'interprétation du médecin.

Tous ces défauts, joints à ceux d'écriture et de mise en page font qu'il est bien difficile d'en tirer un parti quelconque.

Comment améliorer cet état de fait ?

Il est certain que le rôle essentiel d'aide-mémoire joué par les notes ne facilite pas leur utilisation par un confrère. En effet le choix des éléments notés se fait principalement, voire même exclusivement, en fonction des besoins de mémorisation et non pas de leur éventuelle utilisation.
Par exemple, un médecin nous faisant remarquer qu'il lui suffisait de noter qu'il prescrivait de l'Oracilline pour savoir par la suite qu'il avait traité une angine.

Par ailleurs, la surveillance chronologique des patients se fait sur des niveaux différents selon l'importance des problèmes. Il est des informations dont on ne doit se souvenir que d'une fois sur l'autre : le motif de la dernière consultation, les médicaments prescrits alors etc ... Il en est d'autres qu'il faut garder en mémoire pendant toute la vie du patient : sa date de naissance, ses intolérances médicamenteuses ... Il est certain que ce sont ces dernières qui intéresseront celui qui devra assurer une continuité des soins. Or, dans le meilleur des cas, c'est-à-dire quand elles sont notées (en fait, le médecin connaissant son patient n'en voit pas toujours la nécessité), elles le sont sur le même plan que celles relatives aux problèmes momentanés.

Cette constatation de l'existence d'une dualité des objectifs recherchés au niveau de la prise de notes nous amène à poser une première règle :

1. Utiliser simultanément deux supports différents :

l'un étant réservé au journal de bord, où tout sera consigné selon les impératifs du moment,
l'autre étant uniquement réservé à ce qui mérite d'être retenu pour la prise en charge du patient à long terme.

Si le premier support peut se prêter à toutes les fantaisies d'écriture et de choix quant au contenu des notes, puisqu'en fait il doit principalement servir au médecin traitant, il n'en est pas de même pour le deuxième support dont le contenu doit avoir la rigueur manquant au premier, étant donné qu'il doit pouvoir être utilisé par un confrère. Si leur usage est différent, leurs caractéristiques devront également être différentes :

- étant donné la diversité des problèmes posés, des situations dans lesquelles ils sont posés, des médecins qui en font l'analyse, il n'est pas question d'infliger au premier support, que nous appellerons fiche "chronologique", un pré-cadrage ni même une disposition trop rigoureuse de la mise en page : aucun médecin ne l'accepterait chacun désirant mener son recueil de données en fonction de ses propres besoins, de sa façon de travailler, etc... La page blanche quelqu'en soit le format, avec tout au plus une colonne à gauche pour la date, reste le meilleur des supports de l'avis de tous les médecins que nous avons pu interroger sur ce point. Un seul pré-cadrage a paru satisfaisant pour quelques uns d'entre eux, c'est celui qui reproduit les différents temps de la consultation (voir plus haut sa description).

- quant au deuxième support, que nous appellerons "fiche de synthèse", sans vouloir infliger au médecin un pré-cadrage trop strict qui l'agacerait à juste titre, il nous est apparu important de dissocier au moins deux rubriques différentes qu'il devra respecter.

- les caractéristiques du patient : date de naissance, groupe sanguin, profession, habitudes, situation familiale, antécédents, données d'examen ...
- les problèmes posés : symptomatologie,trainante, maladie, traitement prolongé (corticoïdes, pilule, anticoagulants ...) intolérance médicamenteu

Par ailleurs, il s'avère indispensable d'écrire lisiblement sur cette fiche, et de n'y porter que des renseignements réellement exploitables pour la prise en charge à long terme du malade. Le contenu de celle-ci ne doit pas donner lieu à diverses interprétations possibles : il doit avoir la rigueur que n'a pas obligatoirement le premier, et constituer une sorte de sommaire de la fiche chronologique.

FONCTIONNER AVEC DEUX SUPPORTS DIFFERENTS : C'EST DONC LA PREMIERE REGLE A S'IMPOSER POUR LE RECUEIL DES DONNES.

Cette première règle a pour corollaire la nécessité de mettre à jour périodiquement la fiche de synthèse en extrayant de la fiche usuelle les renseignements importants pour les reporter sur la première. De la part du médecin cela représente donc un surplus de travail.
Evidemment s'il attend dix ans avant de faire un tel travail, il risque fort d'être découragé avant même de commencer, à supposer d'ailleurs qu'il en ait le temps. Le rythme des récapitulations ne s'imposera que lorsque les notes deviendront confuses, ce qui est fonction à la fois de la fréquence des consultations et de la nature des problèmes posés. Certains malades nécessiteront une mise au point plus fréquente que d'autres.

Un médecin avisé nous a argumenté sur l'utilisation de cette fiche de synthèse, en nous disant que les lettres qu'il envoyait le cas échéant à ses correspondants, constituaient un résumé de l'histoire du malade, et qu'il ne voyait donc pas la nécessité

de ce deuxième support. Cette solution qui présente l'avantage de la simplicité pose néanmoins d'autres problèmes :

- l'un pratique, c'est que le double de la lettre va se ranger avec le reste des documents, et que cela implique un effort d'archivage si l'on veut pouvoir l'extraire facilement,
- l'autre théorique, c'est qu'elle ne résume la situation qu'à un moment donné, et en fonction du problème pour lequel on écrit.

2. La deuxième règle que nous proposerons a pour but de pallier à l'absence de rigueur de la fiche chronologique, celle qui aide le médecin dans sa tâche quotidienne. Comme nous ne pouvons faire abstraction des motivations du moment pour relever tel fait plutôt que tel autre, il nous est apparu important, comme Braun (2) le suggère, de faire apparaître le déroulement de la consultation à travers la prise de notes, ceci pour disposer d'une méthode de recueil de données non sujette à caution puisque faisant abstraction en partie tout au moins de la personnalité du médecin.
Sans vouloir bien sûr généraliser, la plupart des consultations se déroulent en trois temps successifs : écoute du malade qui exprime son motif de consultation, analyse clinique des symptômes par l'interrogatoire et un examen, enfin décision aboutissant tantôt à une prescription de médicament, tantôt à quelques bons mots ...
Certes il est des consultations où l'un ou l'autre de ces temps seuls seront représentés. Cette standardisation peut donc paraitre factice. En fait, elle n'a valeur que de règle et elle implique donc obligatoirement des exceptions.
Aussi il nous est apparu commode d'utiliser le pré-cadrage suivant (fig. 1 page 48) pour la fiche usuelle calqué sur ce déroulement en trois temps de la consultation afin de diminuer le côté trop personnalisé de la prise de notes, tout au moins dans la disposition.

DATE	MOTIF DE CONSULTATION et écoute du malade	ANALYSE CLINIQUE (données d'interrogatoire, d'examen, résultats d'examens complémentaires)	DECISION - prescriptions de médicaments - prescription d'examen complémentaire - avis consultant - régime ... - arrêt de travail etc ...

STRUCTURE DE LA FICHE CHRONOLOGIQUE

En structurant ainsi la fiche des notes chronologiques :

- on facilite la recherche visuelle ultérieure d'un renseignement donné : supposons par exemple que l'on ait besoin de retrouver le nom d'une spécialité plusieurs années après l'avoir prescrite, nous n'aurons pas à parcourir l'ensemble des notes mais seulement celles de la colonne de droite.
  Il en est de même si l'on recherche un symptôme fonctionnel ou une donnée d'examen.

- on peut retrouver les données des problèmes posés, dépouillés en partie tout au moins, de l'interprétation du médecin, du fait que l'on s'oblige à noter dans la première colonne que ce que dit le malade, ce qui permet :

  - de se corriger, ou d'être corrigé, au cas où notre interprétation serait mauvaise,
  - de faciliter la compréhension par un confrère de la démarche suivie pour résoudre ce problème.

  Nous reproduisons page suivante un exemple de notes prises selon ce procédé.

  Nous comprendrons cependant très bien que les médecins trouveront ce pré-cadrage peu souple, gênant notamment la mise en page des notes puisqu'il faudra veiller à respecter les colonnes. Néanmoins, nous pensons que la discipline qu'elle implique, contrairement à celle requise pour une observation hospitalière traditionnelle, est adaptée à la situation du généraliste à défaut de pouvoir l'être à une rigueur séméiologique. Ce qui nous fait dire que malgré la contrainte de mise en page qu'elle impose, cette méthode de recueil de données pour les notes chronologiques est efficiente moyennant certes un minimum de discipline.

ARN[redacted] - Christophe - 67 ans -

12 MAI 1975	Paralysie faciale D[te] gêne élocution	déviation vers la droite CS à gche paresie HSD ROT symétriques pas de Babinski Ex n[al] par ailleurs	hospitalisation
18 MAI 1975	retour hôpital (a signé sa pancarte) EEG non fait	cf. compte rendu → Acc. Vasc. cérébral	Lenzantine 75 Aspegic. 1/ EEG. Lenzetto
27 MAI 1975	douleurs intercostales gauches intolérables depuis 2 jours	Ex = 0 Zona ?	Sédoman
1.6.75.	Va mieux résultat EEG → qq perturbation → cf. lettre Lenzetto		→ à contrôler ds 1 mois.
06 JUIN 1975	gêne respiratoire de qq secondes matinale + depuis élocution mais difficulté écriture	TA = 12/8 Ex. n[al]	Vu ce jour Lenzetto + Aspegic Bilan Cholestérol Glycémie - urée Rd. urique NFS
26.6.75	état stationnaire	urémie = 10 mg reste bilan n[al]	Sédoric. 1/

3. Weeds (10) propose une autre méthode pour faciliter l'accès aux notes, et notamment éviter de mélanger les informations concernant plusieurs problèmes qui s'interfèrent dans le temps.
Les trois colonnes ne permettent pas en effet de relier les informations entre elles d'une consultation à l'autre. Ainsi sur les notes reproduites page précédente, on peut voir qu'il est écrit "va mieux" le 28.5.75. Le problème est de savoir qu'est-ce qui va mieux : la paralysie faciale, ou les douleurs intercostales ?
Si la notion de paralysie faciale était retranscrite sur la fiche de synthèse et affectée d'un numéro (numéro 1 par exemple), chaque fois que l'on aurait à noter une information concernant cette paralysie faciale, il suffirait de mentionner le numéro correspondant pour qu'un lecteur sache de quoi on parle.
Dans cet exemple si la notion d'amélioration subjective était précédée du numéro 1, on aurait aucun doute pour savoir lequel des deux problèmes concernait cette information.

LES DOSSIERS

. Le choix des critères, selon lesquels on doit constituer un dossier, est difficile à arrêter.
En effet, si l'on décide de constituer un dossier pour tout patient quelques soient les conditions dans lesquelles il est vu (garde, visite ou consultation), nous allons très vite nous retrouver avec un nombre considérable de dossiers dont une grande partie restera inutilisée.

Inversement si l'on choisit de ne constituer des dossiers que pour un certain nombre de patients, selon par exemple leur fréquence de consultation, ou la nature de leur pathologie, on limite arbitrairement notre champ d'action : pourquoi ne nous intéressons nous pas aux migraineux, aux enfants vus à domicile, aux vieilles personnes ne pouvant pas se déplacer pour lesquelles il n'est pas négligeable de disposer d'un aide-mémoire et de pouvoir assurer une continuité des soins ?

Par ailleurs, pour reprendre la phrase célèbre du Docteur Knock à savoir que "tout bien portant est un malade qui s'ignore", nous pensons tout au moins que tout bien portant est un malade en puissance, et qu'en cela il n'est pas inutile de disposer d'informations à son sujet, ne serait-ce par exemple que son statut vaccinal.

Aussi, malgré la lourdeur en temps et en organisation que cela représente, nous pensons, comme beaucoup de médecins que nous avons rencontrés, que dès lors que nous avons prodigué nos soins à une personne, nous nous devons de lui constituer un dossier, ou tout au moins d'amorcer sa constitution.

C'est pour cela que nous préconisons d'imaginer un système pour pouvoir extraire du fichier courant, passé un certain laps de temps, les dossiers inutilisés.

. L'identification des dossiers par individu nous parait préférable à celle par famille. Elle est en effet moins sujette à caution que cette dernière, du fait que l'individu est une entité fixe, même s'il est appelé à changer de nom, alors que celle de la famille peut être remise en question (divorce, décès, remariage ...)

. Nous en arrivons au problème de la conservation des documents :
Du fait qu'ils contiennent souvent des informations importantes, il importe de les intégrer d'une façon ou d'une autre aux dossiers, mais en ne perdant pas de vue que le but initial est de pouvoir retrouver ces informations lorsque le besoin s'en fera sentir. Le souci de les conserver ne doit pas aller à l'encontre de ce but. C'est pourtant ce qui se passe en pratique, la plupart des médecins se contentant de les mettres en vrac dans le dossier sans aucun effort d'archivage, si bien qu'ils deviennent tôt ou tard difficiles à compulser.
Le fait de les isoler du dossier et de créer un deuxième dossier archive, facilite certes les manipulations, les notes n'étant pas ainsi encombrées, mais cela ne résout pas le problème de l'accès aux documents loin de là.
Comment faciliter la compulsion de ces documents sans se livrer à des recherches décourageantes et source de perte de temps ?

- une première solution consiste à les relier en les classant par ordre chronologique. Ceci n'est malheureusement possible qu'en utilisant des classeurs 210 X 297 qui seuls permettent cette reliure, ce qui ne va pas sans poser des problèmes de coût et de place. C'est néanmoins une solution très satisfaisante, car facile à réaliser,
- une autre solution plus économique mais plus fastidieuse consiste à recopier les résultats d'examen, voire même résumer lettres et comptes-rendus pour ne conserver que le strict minimum de documents. Cette solution quoique lourde est très valable, car les informations restent accessibles sans faire grossir le dossier contrairement à la solution précédente,
- pour notre part nous adopterons, comme beaucoup, un compromis entre les deux, en ce sens que nous ne recopierons que les résultats d'examen et que nous conserverons néanmoins les lettres, de préférence en les classant par ordre chronologique.

ORGANISATION

. Il est très difficile de proposer un modèle d'organisation du fait que les conditions d'exercice varient à l'extrême selon que le médecin est associé ou non, qu'il fait vingt ou quarante actes par jour ... Ainsi quel intérêt peut avoir un médecin exerçant seul, ayant constitué son "fond" de clientèle dont le nombre de ce fait augmentera peu, de mettre en place un second fichier réservé aux dossiers inutilisés. Par contre, l'intérêt d'un fichier accessoire est indiscutable dans le cas d'un cabinet de groupe de dix médecins où le "pool" des dossiers augmentent plus vite, et le pourcentage d'inutilisés d'autant.

Enfin dans ce domaine les habitudes l'emportent sur la qualité proprement dite de l'organisation. Ainsi l'adoption du classement numérique (dont nous avons dit la supériorité par rapport au classement alphabétique) par un médecin utilisant depuis dix ans le classement alphabétique ne se fera pas sans problèmes du fait des perturbations que cela entrainera dans ses habitudes. Et, en définitive le gain sera douteux.

Ces réserves étant faites, les seuls conseils que nous pouvons formuler sont :

- Dans le cas d'un médecin exerçant seul nous pensons :
  . que le classement alphabétique bien qu'imparfait est suffisant, qu'un seul fichier suffira le plus souvent.

- A l'opposé dans le cas d'un cabinet de groupe où le fichier est mis en commun, nous pensons :
  . qu'il y a lieu d'opter dès le départ pour un classement numérique, qu'il faut prévoir un second fichier pour épurer le premier des dossiers inutilisés.

. Le problème des notes en visite

Le Docteur LEV l'a très bien résolu moyennant certes une organisation et une discipline rigoureuses. Là encore, nous avons une belle démonstration de ce que l'on peut arriver à faire une fois l'habitude prise. Le seul perfectionnement à apporter à son organisation serait de prévoir comme le Docteur HOR des feuilles pré-découpées et pré-

encollées pour faciliter la tâche de la secrétaire. On peut également imaginer que les blocs d'ordonnances soient munis de bordereaux où le médecin noterait quelques mots avant de rédiger l'ordonnance.

. Dès lors qu'il veut se livrer à un travail de recherche, d'enseignement voire de perfectionnement post-universitaire, le généraliste peut être amené à ressortir de son fichier les dossiers se rapportant au sujet d'étude qu'il a choisi.
Cette recherche documentaire sur le fichier nécessite une organisation préalable sans laquelle il devra extraire un par un les dossiers qui concernent son sujet d'étude. Cette organisation peut être conçue de plusieurs façons :

- la plus simple consiste à se livrer à un travail d'écriture, le médecin ou sa secrétaire inscrivant sur un cahier répertoire ou mieux sur une fiche les références des dossiers se rapportant à chaque rubrique : par exemple sur la page ou la fiche libellée Diabète, il inscrira au fur et à mesure : Dupont, Martin etc ...

- une solution plus élaborée consiste à utiliser des fiches à perforations marginales qui permettent, contrairement à la solution précédente, de retrouver des séries réunissant plusieurs caractéristiques à la fois : par exemple si l'on veut rechercher les hommes nés en 1958 présentant une H.T.A. et traités par le Moduretic , c'est à dire une série de trois caractéristiques, on le pourra moyennant un codage préalable des fiches.
L'inconvénient de ce système est que l'on devra utiliser une fiche par malade et que toute modification ultérieure du code pour ajouter de nouvelles caractéristiques sera difficile.

- les fiches "Sphinxo", dont le principe d'utilisation est décrit par Lambling (8), tout en permettant aussi des recherches simultanées de plusieurs caractéristiques n'ont pas ces inconvénients. On peut en augmenter indéfiniment le nombre sans avoir à modifier un code. Par contre elles nécessitent un classement numérique des dossiers, et le coût du dispositif est élevé.

LES MOYENS MATERIELS

La fiche

- La fiche "chronologique"

Nous pensons que ses qualités doivent être les suivantes :

- elle doit être indépendante du dossier dont la fonction n'est pas la même, ce qui permet de la manipuler séparemment, de pouvoir y écrire recto verso et d'en augmenter le nombre indéfiniment,
- ses dimensions ont tout intérêt à être :
  normalisées ce qui facilitere l'archivage et le choix d'un dossier,
  et suffisamment grandes pour permettre d'écrire confortablement,
- nous avons déjà dit qu'elle devrait être pré-cadrée très sobrement, mais qu'elle pouvait être structurée de manière à donner plus de rigueur à la prise de notes. Sur ce point nous pensons que chaque médecin devrait la faire imprimer en fonction de ses propres besoins,
- elle doit être suffisamment épaisse pour pouvoir écrire recto verso, mais devant être protégée des manipulations par le dossier, elle n'a pas à avoir la rigidité de celui-ci. On constate très souvent que les dossiers sont moins résistants que les fiches.

L'utilisation de feuilles blanches de format 210 X 297 de 64 à 80 grammes d'épaisseur, type papier "machine", réalisant une fois pliée en deux un format 148 X 210, nous parait répondre à ces qualités.

- La fiche de synthèse

Elle peut être réalisée avantageusement par l'intérieur de la chemise constituant le dossier dont il n'est pas gênant qu'elle soit dépendante, étant donné qu'elle ne sera pas utilisée aussi couramment que la fiche chronologique. Nous nous sommes expliqués sur les rubriques à y inscrire.

Le dossier

Ses qualités exigibles nous paraissent être les suivantes :

- son format doit être normalisé de façon à permettre un choix étendu de système de fichiers, et suffisamment grand pour ne pas avoir à plier en quatre les documents,
- il doit permettre éventuellement de relier les documents tout au moins les lettres,
- son épaisseur doit être suffisante pour qu'il résiste aux manipulations,
- enfin, il doit pouvoir conserver les documents tout en facilitant leur compulsion.

Les chemises de 160 X 240, réalisées en pliant parallèlement à leur largeur des feuilles 240 X 320 de 180 grammes d'épaisseur, nous semblant constituer un dossier répondant à ces qualités.

Outre les noms, prénoms et adresses, il est utile de prévoir à l'extérieur du dossier un cadre pour l'adoption d'un classement numérique, ainsi qu'un dispositif permettant de repérer sa fréquence annuelle d'utilisation, de manière à faciliter une épuration éventuelle du fichier.

Par exemple : on peut imaginer de porter à l'aide d'un tampon dateur, sur le coin supérieur gauche au verso, et supérieur droit au recto, l'année de première consultation sous laquelle on disposera un trait à chacune des années suivantes. Lorsque l'on consultera l'ensemble du fichier on pourra ainsi repérer facilement les dossiers restés inutilisés depuis x années.

Le fichier

L'acquisition du fichier doit se faire bien sûr en fonction du format des dossiers, de la place disponible et des moyens financiers, mais aussi en fonction de l'estimation du métrage linéaire de classement nécessaire.

Celui-ci varie évidemment :

- pour un seul médecin selon qu'il garde ou non les documents, qu'il constitue ou non un dossier pour tous les patients,
- pour un groupe selon ces mêmes facteurs et selon que le fichier est commun ou non.

Nous pensons qu'il est raisonnable de compter quatre mètres de classement par médecin, ce qui dans le cas d'un médecin seul permet d'opter sans trop d'inconvénients pour les tiroirs, mais dans le cas d'un groupe implique, à notre avis, d'adopter un type de fichier plus maniable, en l'occurence des bacs basculants superposés dont le prix est comparable à celui des tiroirs et dont l'encombrement est sensiblement inférieur.

CONCLUSION

IV - CONCLUSION

L'objet de cette étude n'était pas de proposer le fichier idéal, mais de souligner la nécessité de structurer la prise de notes en fonction de règles simples, tenant compte des réalités de l'exercice de la médecine générale, réalités différentes de l'exercice hospitalier qui constitue néanmoins souvent, même au niveau de la prise de notes, le modèle auquel on se refère.

La prise de conscience de la spécificité du généraliste commence donc au niveau de sa méthode de prise de notes, son fichier devant constituer en plus de l'outil de travail quotidien, le creuset de son expérience à partir duquel il pourra dépasser son rôle de distributeur de soins, et se consacrer aussi bien à la recherche qu'à l'enseignement, fonction qu'il est appelé à remplir dans son intérêt et dans celui de ses malades.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1 ACHESON — clinical records and general practice
update july 1975 19-23

2 BRAUN R. — lehrbuch der ärztlichen allgemein praxis
(ed.) urban et schwarzernborg munich - berlin - vienne 1970

3 CIMAB — méthodes générales et moyens de classement

4 CORMARK — the medical record envelopp. a case for reform
j. roy coll gen pratit. 1970 20 333

5 — problem solving
update plus may 1971

6 DAWES — survey of general practice records
british medical journal 22 july 1972

7 HODES — a new medical record system for general practice
the lancet october 20 1973 897 899

8 LAMBLING — une méthode pratique de classement des dossiers médicaux
concours médical 29 septembre 1951 3205

9 MARTIN — le dossier médical
rev. prat. 1972 22 8 1319

10 WEEDS — medical records, medical education and patient care
cleveland ohio 1971

« En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'Exercice de la Médecine.

« Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

« Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

« Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

« Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! »